



Naturheilpraxis O. Schöpf • Residenzplatz 1 • D-87435 Kempten Telefon 0831 - 520 75 15 Fax 0831 - 520 49 49

Name

Vorname

Alter:

Gewicht:

Größe:

Patientennummer:

Geburtstag:

Welche Beschwerden oder Diagnosen haben Sie bis jetzt?

Was können wir an Ihrer Gesundheit verbessern?

Biologie und Wohlbefinden:

1. Welche Medikamente nehmen Sie ein?
2. Lassen Sie sich regelmäßig impfen?
3. Gab es schon Impfungen, die Sie nicht vertragen haben?
4. Gab es schon Medikamente, die Sie nicht vertragen haben?
5. Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein?
6. Wie oft bekommen Sie Fieber im Jahr? Oder haben Sie eigentlich nie Fieber?
7. Hatten oder haben Sie eine chronische Krankheit?
8. Hatten Sie eine Infektionskrankheit? Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?
9. Haben Sie wiederkehrende Entzündungen?
10. Wurden Sie schon mal operiert?
11. Haben Sie Kreislaufprobleme?
12. Haben Sie Herzrasen, wenn ja, kennen Sie den Auslöser?
13. Haben Sie Verstopfung oder Durchfall?
14. Wie oft haben Sie Stuhlgang? Täglich?



15. Haben Sie großen Durst?
16. Haben Sie Haarausfall oder brüchige Nägel?
17. Haben Sie Schwellungen?
18. Haben Sie Ohrgeräusche?
19. Haben Sie Hautprobleme?
20. Haben Sie einen besonderen Mundgeschmack?
21. Haben Sie Metalle als Füllung, Zahnimplantate oder Kronen im Mund?
22. Haben Sie wurzelbehandelte Zähne?
23. Gibt es einen Auslöser, der Ihre Symptome auslöst oder verstärkt?
24. Welche Allergien sind Ihnen bekannt?
25. Treiben Sie regelmäßig Sport?
26. Schwitzen Sie stark?
27. Nehmen Sie schlechte Gerüche an sich wahr?
28. Sind Sie wärme- oder kälteempfindlich?
29. Haben Sie Gelenkschmerzen oder Rückenprobleme? Wenn ja wo genau?
30. Was ist Ihre Lieblingsfarbe?
31. Wie lange Schlafen Sie?
32. Essen Sie Frühstück? Wenn ja was?
33. Essen Sie spät zu Abend?
34. Wann und was trinken Sie als erstes am Tag?
35. Wie viel Wasser trinken Sie am Tag?